

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE **315** N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre COIGNERAI

Né le 17 Mai 1904, à RENNES (Ille-et-Vilaine)

Des soins à donner avant,
pendant et après
les applications de radium
pour
épithéliomes inopérables du col

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre COIGNERAI

Né le 17 Mai 1904, à RENNES (Ille-et-Vilaine)

Des soins à donner avant,
pendant et après
les applications de radium
pour
épithéliomes inopérables du col

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

Doyen

BALTHAZARD

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
N...
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

LAVASTINE

PIESSINGER.
Maur. VILLARET
CARNOT.

BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.

LEMIERRE.
LENORMANT.
CUNEO.
GREGOIRE.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.

COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MAUCLAIRE.
MULON.
VERNE.

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeur sans chaire

II. — Agrégés en exercice

M^{rs}.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROcq Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT ... Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER ..	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUENIOT.....	—

V. — Charges de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie
LEDOUX LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR H. COIGNERAI

Mon premier Maître dans l'art médical.

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MA MÈRE

Son affection fut notre meilleur guide. Qu'elle trouve ici l'assurance de mon amour filial.

A MA SOEUR ET A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MON AMI LE DOCTEUR NEIS

En témoignage de mon inaltérable amitié.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL PETIT-DUTAILLIS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

Qui a inspiré et dirigé ce travail,
fruit de sa grande expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre vive reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552606_0012

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE.

Professeur de Clinique Gynécologique

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT .

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT .

MONSIEUR LE DOCTEUR PELLE

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BODIN

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH RECAMIER
Chirurgien Honoraire de l'Hôpital Saint-Michel

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES RECAMIER
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

En témoignage de ma vive reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR PAUCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL LUQUET

MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous acceptant comme interne dans son service, témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE TRÈS AIMÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUER

DES SOINS A DONNER AVANT,
PENDANT
ET APRÈS LES APPLICATIONS DE RADIUM
POUR ÉPITHÉLIOMES INOPÉRABLES DU COL

Introduction

En ces dernières années, à la Société Nationale de Chirurgie, à l'Académie de Médecine, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, le traitement du cancer du col a été l'objet, entre chirurgiens et curiethérapeutes, de passionnantes discussions. Loin de nous l'idée de vouloir en juger dans leur ensemble. Nos prétentions sont plus limitées : elles se borneront à insister sur l'utilité ou l'absolue nécessité de certains soins, avant, pendant et après les applications de radium pour cancers inopérables du col.

Avant la découverte du radium, ces cas avancés, cas des degrés III et IV de la classification de Genève et qui comptent pour environ 60 % dans l'ensemble des néos du col, étaient considérés comme désespérés et, comme l'ont dit le Docteur DEVÈZE, de Perpignan, PROUST et bien d'autres, si le radium n'avait le droit de vivre que se ces contre-indications de l'hystérectomie, ce serait déjà, pour ceux qui en ont préconisé l'emploi, un beau droit à la reconnaissance publique.

Actuellement, le radium donne des guérisons durables dans 25 % des cas du degré III.

Mais on doit arriver à mieux, rien qu'en diminuant ou supprimant même, de certaine façon, la mortalité dont sont grevées, dans l'espèce, les applications de radium telles qu'elles sont actuellement enseignées et le plus généralement exécutées.

Cette mortalité de 2 à 7 % et la morbidité, aussi copieuse que variée, de même origine, sont dues, incontestablement, et sans que d'ailleurs personne ne tende plus guère à le contester, à l'aggravation d'une infection déjà existante, par les traumatismes de tout genre exercés sur les tissus friables, putrides et très vasculaires de ces cas avancés : introduction de lamineuses, de bougies de Hégar pour frayer la voie aux dispositifs radifères ou, simplement, effraction des tissus en question par ces dispositifs refoulés sur eux. Nous avons suivi, pour notre part, dernièrement et simultanément, l'évolution de deux cas qui, traités par dilatation à la laminaire préalablement à l'application de radium, se sont très rapidement terminés par septicémie suraiguë. « Nous devons attirer l'attention sur ces cas malheureux », nous a dernièrement dit le Professeur HARTMANN à la Société de Chirurgie, « parce qu'on n'en parle guère et que beaucoup s'imaginent que, si l'intervention sanglante expose à des risques, il n'en est pas de même des applications de radium. »

Tous les néoplasmes du col, un peu avancés, sont infectés : VAN DAMME et Mme FABRE ont précisé les éléments de leur flore microbienne où domine le

steptocoque. Il faut donc, avant d'y appliquer le radium, les désinfecter, mais comment ? Toutes les *vaccinations locales* auxquelles on s'est attardé si longtemps sont, de l'avis même de ceux qui s'en sont servi, absolument inopérantes. Les vaccinations générales peuvent être d'un meilleur emploi, mais sont insuffisantes.

Que dire de la prétention de certains curiethérapeutes à nous faire voir, dans le radium lui-même, le meilleur agent de cette stérilisation dont la réalisation préalable nous apparaît indispensable ? Si le radium, à haute dose, peut tuer une culture microbienne « *in vitro* », à dose thérapeutique, il donne plutôt un coup de fouet aux germes établis « *in anima vili* », en affaiblissant les résistances locales et générales des tissus ; et, à dose infrathérapeutique, peut même tuer le sujet d'une autre façon : en exaltant la vitalité des cellules néoplasiques.

C'est, du moins, ce qu'enseigne M. RÉGAUD, et c'est pourtant de son Institut que se réclame l'éminente collègue qui, tout dernièrement encore, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, se disait quelque peu portée à attribuer au radium, à dose thérapeutique, cette faculté microbicide que nous voudrions bien aussi pouvoir lui concéder, mais qu'il ne possède pas ; il ne jouit, à l'égard de l'infection, que de la faculté contraire, celle d'achever son œuvre sur la constitution du sujet, bien inférieur en cela au sabre de M. Prudhomme, qui pouvait, à son gré, juguler la Constitution de l'Etat ou la sauver.

L'application du radium en deux temps : l'un *vagi-*

nal, qui ratatine et assèche les fongosités et ulcérations cervicales ; le second, *intracervical*, au milieu de ces fongosités, de ces ulcérations, ainsi réduites, diminue certainement le risque de ces traumatismes d'ordre divers que nous avons, à bon droit, incriminés. Mais cette pratique est condamnable pour deux raisons : l'irradiation première, vaginale, rend les tissus néoplasiques radiorésistants et fait courir des dangers de rectite et de cystite que nous réduirons au minimum en plaçant d'emblée, et sans risque de septicémie, la majeure partie de nos appareils dans l'utérus, grâce à la façon de faire que nous voulons avant tout exposer et qui réalise, au mieux et le plus simplement du monde, la préparation chirurgicale indispensable avant l'emploi du radium pour les néos avancés du col.

En quoi consiste-t-elle ? A détruire, par l'emploi de la curette et du cautère, les tissus friables et infectés de ces néos, jusqu'à la zone scléreuse de défense. Le Docteur P. PETIT-DUTAILLIS, qui préconise depuis si longtemps cette méthode, avant l'application de radium, s'était déjà rendu compte de ce qu'on pouvait en attendre comme traitement palliatif (sous l'inspiration et à l'exemple du Docteur RÉCAMIER, dont il dont il était alors l'assistant) bien avant l'apparition du merveilleux microcosme.

Pourquoi y aurait-il renoncé comme temps préalable à l'application du radium ? Pouvait-on craindre, tout d'abord, qu'elle ne gênât son action ? M. P. PETIT-DUTAILLIS nous a raconté comment il s'y était pris. non sans un peu de malice, pour soumettre au crité-

rium expérimental et réduire ainsi à rien cette supposition toute gratuite : après prélèvement biopsique sur un néo du col tout au début, il cautérise avec soin au thermo la surface cruentée (comme on doit toujours le faire pour éviter toute inoculation) et envoie le fragment enlevé, pour examen histologique, à un éminent curiethérapeute de ses amis, qui avait émis devant lui la supposition susdite.

Réponse. — « Il s'agit bien d'un épithélioma. »

Quelques jours après, M. P. PETIT-DUTAILLIS enlève le col avant d'appliquer le radium et envoie la pièce au même ami, en attirant particulièrement son attention sur les environs de la zone biopsiée.

Réponse. — « Le prélèvement biopsique semble avoir enlevé la totalité du néo ; au-dessous de la surface nécrosée (elle l'était par le feu), modifications tissulaires très intéressantes, ressemblant à celles que déterminent, dans la profondeur des tissus, les applications de radium bien conduites. »

Certains, qui ne veulent rien entendre (et il n'est pires sourds), en sont encore à dire : « Nous considérons le curettage, avant application du radium aux néos du col, comme très dangereux. » — Qu'y s'y est borné, évidemment n'a pas dû en être satisfait ; les sujets d'expérience ont dû saigner consécutivement plus qu'on ne le désirait et l'on a dû constater sur eux quelques belles résultantes d'inoculations septiques ou néoplasiques.

Mais, ce que nous faisons, nous, c'est un *curettage immédiatement suivi de cauterisation ignée*, ce qui est tout autre chose : le curettage fait le gros du déblaie-

ment, la cautérisation l'achève, ferme la voie aux hémorragies et aux inoculations, que le curettage à lui seul ne peut qu'augmenter, ou provoquer.

En ce disant, nous ne sommes que le porte-parole du Docteur P. PETIT-DUTAILLIS, qui a bien voulu nous guider dans ce modeste travail, nous permettre de constater les bons résultats de sa technique et nous fournir quelques observations à l'appui, ce dont nous ne saurions lui être trop reconnaissant.

Sa technique ne comporte pas seulement la préparation chirurgicale dont il vient d'être question, mais un certain nombre d'autres soins qui, sans avoir la même importance, sont loin d'être négligeables. Nous nous efforcerons d'en donner une bonne vue d'ensemble.

I

Soins avant l'intervention

Comme avant toute intervention de quelque importance, prendre la *température*, la *tension artérielle*, doser l'*azotémie*.

Si la malade paraît très anémiée, faire un examen du sang. Si la numération globulaire, la valeur globulaire, le pourcentage de l'hémoglobine sont très au-dessous de la normale, ne pas hésiter à pratiquer la transfusion du sang. Sauf dans les cas d'hémorragie récente et considérable, il ne faut pas tant lui demander une action mécanique, réplétive, qu'une action rénovatrice par apport de vitamines, de ferments, d'agents de défense de toute sorte. Pour l'obtenir, 200 à 300 grammes de sang pur suffiront.

M. P. PETIT-DUTAILLIS a eu recours assez souvent à ces transfusions, soit peu de temps avant d'intervenir, soit immédiatement après, et toujours avec le plus grand bénéfice. La transfusion, même à petite dose, remonte immédiatement ces pauvres malades, leur donne de l'euphorie, de l'appétit, les fait dormir, les met en état de supporter l'application du radium, et sa préparation chirurgicale, telle que nous la comprenons, en favorise et en augmente les effets, en réveillant les forces réactionnelles de l'organisme.

SANDERS, partant de cette constatation que le sang des cancéreux ne dispose que d'un pouvoir bactéricide des plus médiocres, a proposé l'immuno-transfusion dès 1928. Malheureusement, elle est d'une réalisation plus difficile. Les donneurs, même spécialisés, se soumettent difficilement à la vaccination antistreptococcique.

Nous aurions assez volontiers recours à la vaccination générale, par le propidon, si elle ne demandait aux malades en question un surcroît de dépense réactionnelle qu'il vaut mieux leur éviter.

Nous croyons que la transfusion simple suffit et il serait déjà très satisfaisant de la voir employer plus souvent dans les cas dont il s'agit.

On peut y joindre, avec avantage et dès avant l'intervention, la Delbiase, l'extrait splénique, qui passent, non sans raison, pour contraires à l'évolution du cancer, ou encore les extraits de Rubens-Duval, qui, de l'avis de leur auteur même, n'ont d'autre prétention que d'exalter les forces naturelles de défense de l'organisme contre le cancer.

Ne pas oublier d'agir sur le psychisme de ces malades, car il n'est pas douteux que leur état d'esprit agisse en bien ou en mal, suivant qu'il est bon ou mauvais, sur l'évolution du cancer. Très affaiblies, souffrant souvent depuis de longs mois, ces pauvres femmes ont parfois perdu tout espoir de guérison. Le médecin et ses collaborateurs, en particulier les Religieuses, dont le dévouement inlassable se penche sur leurs lits de misère, doivent s'efforcer de les rassurer, leur faire envisager la guérison dans un avenir prochain, même quand elle paraît peu probable.

Comme soins locaux, se borner à des injections non toxiques, au chlorure de chaux par exemple, sans s'illusionner sur la valeur de leurs effets, et en évitant de faire saigner.

Une courbe de poids, commencée dès ce moment, permettra de se rendre compte ultérieurement, au jour le jour, du résultat de l'intervention. D'après P. PETIT-DUTAILLIS, chez une cancéreuse du col traitée, qui engraisse, l'évolution du cancer est arrêtée. Si la malade continue à maigrir sans qu'on en trouve la cause dans une maladie intercurrente ou des fatigues inhabituelles, c'est que le mal continue ou reprend.

II

Intervention - Pansement

1. — Anesthésie

Donner la préférence à l'anesthésie générale à l'éther. Si l'état pulmonaire de la malade s'y oppose, recourir à l'injection épidurale de novocaïne à 1 %, mais jamais à la rachi.

2. — Préparation chirurgicale par curettage et cautérisation

Nous en arrivons au point principal de notre étude : à la préparation chirurgicale par curettage et cautérisation.

Le Docteur P. PETIT-DUTAILLIS a récemment décrit la façon dont il y procède depuis plus de vingt ans. Comme nous l'avons déjà dit, la méthode n'est pas nouvelle. *Curettage* et *cautérisation ignée* étaient, avant l'apparition du radium, le meilleur traitement palliatif des néos avancés du col.

Dans son livre magnifique sur le traitement du can-

cer utérin inopérable, paru en 1905, notre Maître, le Docteur Joseph RÉCAMIER dit les bienfaits que NAIRNE (de Glasgow), SCHWARTZ, MONOD (de Bordeaux), CON-DAMIN et lui-même, et bien d'autres chirurgiens, retireraient de ce procédé. « L'opération, nous dit-il, est facile et sans danger ; et, si elle est un peu effrayante et barbare, moins spectaculaire qu'une hystérectomie, elle n'en est pas moins excellente. »

NAIRNE décrivait de cette façon, en 1891, la réaction des assistants : « Effrayés par la fumée sortant de la vulve et le bruit des tissus grésillants par la chaleur, ils considéraient le chirurgien avec horreur et trouvaient la méthode barbare. » Nous avouons avoir eu la même impression la première fois que nous avons assisté à cette intervention, mais, encore une fois, bien conduite, elle est sans danger : le Docteur RÉCAMIER, qui la employée plus de dix ans, ne signale que deux ou trois accidents.

La malade endormie, on se rend d'abord compte, par un toucher soigneux, de l'étendue exacte des lésions. Ceci fait, mise en place de deux valves vaginales qui découvrent le col, inabaissable. Bien s'éclaircir. La curette employée par le Docteur P. PETIT-DUTAILLIS est une large curette-gouttière à extrémité mousse et à bords très tranchants, fabriquée par la Maison Gentile.

Evider à la curette et rapidement, de la périphérie au centre, les tissus ramollis du col, en suivant sans cesse du doigt le travail opéré. On arrive ainsi, petit à petit, sur une zone plus dure, plus rugueuse, nettement perceptible, coque scléreuse due à la réaction

de défense. Entre temps, tamponner souvent pour y voir clair. A un moment donné, le col a le plus souvent disparu et l'on se trouve en présence d'une cavité à surface déjà assez nette et saignant peu. S'armant alors du gros champignon du thermo-cautère de Paquelin, source puissante de chaleur, on cautérise toute la surface cruentée sans en rien oublier. Plonger franchement le cautère dans la cavité, lui imprimer des mouvements de va-et-vient, l'enlever dès qu'il est éteint ; recommencer, en lavant dans l'intervalle à l'eau froide, si on le juge utile. S'appliquer ensuite à bien griller les bords de l'évidement, tout en ménageant les parois vésico-vaginale et rectale.

Sur plus de soixante malades soumises par P. PETIT-DUTAILLIS à cette méthode précuriethérapeutique, on peut dire qu'il n'en a pas perdu une seule de son fait, si l'on consent à mettre de côté (et le statisticien le plus difficile y consentirait) le cas d'une malheureuse, au dernier degré de l'envahissement épithéliomateux et de la toxi-infection, qui avait déjà subi une première application de radium et sur laquelle notre Maître n'est intervenu que pour lui donner, au milieu de sa désespérance, la dernière illusion d'une guérison possible.

Il y a loin, de là, aux 2 et 7 % de mortalité, sans préparation chirurgicale. Comme morbidité, voici tout ce que P. PETIT-DUTAILLIS a pu constater, lui et ses assistants : dans un cas, quelques jours après enlèvement du radium, une hémorragie par un trou de radiumpuncture, arrêtée par forcipressure et tamponnement ; un petit nombre de cystites et rectites

facilement jugulées par les moyens habituels, sauf une cystite et une rectite importante, un peu plus résistante, chez une malade à un degré avancé, qui supportait si bien le radium que notre Maître a cru pouvoir le laisser en place huit et neuf jours, c'est-à-dire un et deux jours de plus qu'il ne le fait ordinairement ; enfin, chez des malades très infectées, avec des températures au-dessus de 39° à l'entrée, l'hyperthermie s'est élevée, au bout de quelques jours, à 40° ou un peu au-dessus, mais l'état général était, par ailleurs, si bon, si négatif de septicémie grave (bon poulx, bon faciès, langue humide, grand calme, bonnes émonctions, pas de frissons, etc...) que le radium a pu être laissé en place, et en bonne place (c'est-à-dire en plus grande partie dans la cavité d'évidement) le temps voulu.

Il y a loin, de là, aux trop nombreuses phlébites, suppurations pelviennes, péritonites, accusées par ceux qui s'en sont tenus jusqu'ici aux errements de la pratique médicale, tels que nous les avons relevés.

Que penser de la DIATHERMO-COAGULATION, aux lieu et place du curettage suivi de cautérisation ignée ? A priori, P. PETIT-DUTAILIS, qui a déjà suffisante expérience de ce procédé, pour le traitement de la métrite chronique du col, en pensait et en écrivait déjà ceci pour la préparation chirurgicale à la curiethérapie des cols atteints de cancer avancé : « Ou l'électrode et le courant employés sont insuffisants, le premier comme surface, le second comme intensité, et le courant se perd dans le sang, le résultat obtenu est insuffisant, ou c'est le contraire, et l'on risque,

étant donné l'action en profondeur du courant échappé de l'électrode active, avant sa diffusion, d'avoir des réactions du côté de la tumeur ou des organes à ménager, qui sont indésirables. »

Cependant, des chirurgiens de bon renom et très avertis, comme M. GERNEZ, M. H. BERNARD, M. DE FOURMESTRAUX, préconisant la diathermo-coagulation dans l'espèce comme un progrès, et ne disant aucun mal de l'expérience qu'ils en avaient, notre Maître s'est fait un devoir d'en essayer, dernièrement, le même jour, chez deux malades... et n'a pas eu lieu de s'en féliciter. Contrairement à ce qu'il constate d'ordinaire après curettage et cautérisation ignée, ces deux malades ont présenté une réaction congestive intense, traduite par des douleurs, une augmentation de volume de la coque utérine, un abondant écoulement muco-sanguinolent, réaction qui a nécessité une application de glace jusqu'à ablation du radium, qui a dû être fait plutôt que d'habitude.

De plus, si l'une de ces deux malades semble actuellement en bonne voie, l'autre, qui, à sa sortie de l'hôpital, était à peu près apyrétique et ne présentait alors qu'un écoulement modéré, a présenté, huit jours après, une hémorragie, qu'on aurait certainement pu arrêter par tamponnement (si on en avait usé, au lieu de regarder le sang couler pendant vingt-quatre heures) et que notre Maître a arrêté en usant de cette pratique élémentaire, mais trop tard. On comprend qu'il ne soit pas près de revenir à la diathermo-coagulation pour déterger un col cancéreux du troisième ou quatrième degré, avant curiethéra-

pie ; certes, le procédé est plus élégant, en apparence beaucoup moins brutal que le curettage et la cautérisation, mais il ne faut pas se fier aux apparences. Pour le gros du travail en question, le procédé que nous préconisons, malgré l'impression première qu'on en peut avoir, est beaucoup plus sûr et ne saurait aller au delà de ce qu'on désire, si on en a tant soit peu l'habitude. Cependant, comme nous sommes éclectiques, nous dirons que l'emploi de la diathermo-coagulation, avec une électrode à boule de moyen volume, est commode pour parfaire le travail du thermo-cautère, s'il y a encore, après son passage, un saignement à arrêter en quelques points, notamment sur l'ouverture du cratère d'évidement, au voisinage de la vessie ou du rectum, — que l'aiguille diathermique est non moins commode pour supprimer les derniers débris flottants du col, — mais c'est tout ce que nous concédons, et encore est-il plus simple de reprendre en main le thermo-cautère pour ces petites besognes accessoires et terminales.

La préparation chirurgicale, telle que nous la comprenons, n'a pas seulement pour avantage de garantir au mieux la malade contre la septicémie, elle supprime des tissus voués à la cytolise radiothérapique et prévient l'intoxication qui en dépend ; enfin, elle permet d'utiliser beaucoup mieux le radium. En effet :

1° Dans ces tissus infectés, son rayonnement s'épuise inutilement et d'autant plus qu'ils sont peu radio-sensibles.

2° On peut placer la majeure partie du radium dans la coque utérine évidée, donc plus près des limites

utérines du néo, que dans le vagin ou dans l'épaisseur des fongosités.

3° On peut, de ce fait, moins filtrer le dispositif intra-utérin qu'un dispositif vaginal, la coque utérine constituant un écran supplémentaire par rapport aux organes à ménager ; on peut ainsi utiliser, dans la gamme des γ , des rayons moins pénétrants, tant soit peu caustiques, que sont obligés d'éteindre, par filtration, ceux qui ne font que des applications vaginales : ce n'est pas seulement sans inconvénient, la coque utérine renfermant des cellules cancéreuses beaucoup plus vieilles et par conséquent plus radiorésistantes que celles de la périphérie.

Ne nous laissons donc pas influencer par les excommunications majeures que pourraient lancer à ce sujet, sur nos têtes, ceux qui prétendent seul orthodoxe un rayonnement *homogène*, uniquement formé des γ les plus élevés, les plus pénétrants et qualifiés d'électifs : leur emploi exclusif n'est de mise que pour les appareils placés en contact des organes à ménager, vessie, rectum, ou au milieu des fongosités. Quand on fait de la radiumpuncture dans les cas moins avancés de cancer du col, n'emploie-t-on que ces rayons, dits électifs ? Si, en pareil cas, l'on use, en même temps et sans crainte, de rayons moins pénétrants et plus caustiques, est-ce seulement parce que la puissance radio-active de chacune des aiguilles est faible ? N'est-ce pas aussi parce que, convenablement placées dans le col, ces aiguilles prennent cet organe même comme filtre par rapport au vagin, vessie, rectum ? et ne voit-on pas que parmi les différents facteurs

auxquels il faut toujours penser pour une application de radium : quantité de radium, filtration, temps d'application, emplacement des appareils, c'est ce dernier qui domine tous les autres ?

3 — Application du radium

Après curetage et cautérisation, il suffit, pour les cas envisagés, d'une dose de radium donnant environ 10 m.c.d. par jour. Les trois quarts placés dans la coque utérine et ce qui reste du canal utérin (s'il en reste), le dernier quart distribué entre les deux culs de sac vagineux ; le tout laissé en place au moins six jours.

FILTRATION DES TUBES.

1° *Dans l'utérus* : 1 mm. de platine, trois épaisseurs de feuille d'aluminium et deux épaisseurs de feuille de caoutchouc.

2° *Dans le vagin* : 1 mm. de platine, cinq épaisseurs de feuille d'aluminium, un doigtier de caoutchouc de 3 mm. d'épaisseur.

Chacun de ces dispositifs vaginaux est placé d'avant en arrière, n'étant ainsi en rapport avec la vessie et le rectum que par ses deux pôles ; ils sont destinés à l'attaque des pelotons lymphatiques qui sortent du col et s'engagent dans les ligaments larges et utéro-sacrés.

Pas de dispositifs au-dessous de la vessie et devant le rectum, facteurs inévitables de cystite ou de rectite plus ou moins accentuée, malgré la filtration, si l'intensité du rayonnement est suffisante.

Il n'est pas question de l'attaque de la portion vaginale du col, puisqu'elle n'existe plus. Les tubes placés dans le cratère d'évidement suffisent à l'attaque des attaches du vagin à l'isthme.

Dans un certain nombre de cas du quatrième degré qui lui paraissaient presque sûrement dépasser les limites d'efficacité de cette curiethérapie utéro-vaginale, notre Maître, M. P. PETIT-DUTAILLIS, lui, a ajouté, de chaque côté, dans la paroi pelvienne, un foyer de curiethérapie périphérique. Le bassin est ainsi battu dans son ensemble par trois rayonnements qui s'entrecroisent.

Ce procédé, dont on trouvera la relation et l'iconographie dans le numéro de la « Gynécologie » de janvier 1933, a donné, sur cinq cas qui paraissaient absolument désespérés, une guérison qui dure depuis plus de six ans.

4. — Pansement

La gaze, tassée dans le vagin, a le grave inconvénient de s'imprégner rapidement des liquides venus de plus haut et de les retenir.

M. P. PETIT-DUTAILLIS, depuis environ un an, l'a complètement exclue de ses pansements. Au-dessous

des dispositifs radifères engainés de caoutchouc noir (c'est-à-dire dépourvus de sels, qui donneraient lieu à un rayonnement secondaire caustique), il plisse trois ou quatre lames de caoutchouc ondulé de même espèce et d'environ 10 cm. de large sur 20 de long. De chaque côté, entre ces lanières et la paroi vaginale, deux drains de Carrel sont glissés jusqu'au cratère utérin ; on y fait trois à quatre injections par jour au chlorure de chaux. Sonde à demeure dans la vessie, moins pour éviter la souillure par l'urine de ce pansement imperméable que pour éloigner au maximum la paroi vésicale du foyer radio-actif.

Ce pansement continue l'aseptie déjà réalisée par le curettage suivi de cautérisation ignée ; il maintient très bien les dispositifs radifères et ne glisse pas ; on peut, le plus souvent, s'abstenir de le changer pendant toute la durée de l'application de radium, ce qui est encore un gros avantage, car on n'arrive jamais à remettre les dispositifs en aussi bonne place que sous anesthésie.

M. R. BERNARD a reproché à ce pansement d'irriter le vagin ; sans doute M. R. BERNARD a-t-il trop tassé les lames de caoutchouc ou son infirmière s'est-elle abstenue des détersions recommandées par l'intermédiaire des drains de Carrel. Si l'on veut se prémunir encore davantage contre ce petit inconvénient, il suffit, au bout de trois à quatre jours, d'enlever les lames de caoutchouc superficielles, en laissant en place la plus profonde qui maintient les tubes, d'irriguer longuement le vagin, puis de remettre en place, après lavage, les lames enlevées.

Les chirurgiens, qui ont tous les éléments de ce pansement sous la main et sont ordinairement partisans des procédés simples, le préféreront, nous voulons l'espérer, aux divers et nombreux appareils en liège ou en caoutchouc qui visent le même but et que nous devons à l'imagination fertile des médecins.

5. — Soins accessoires

Pour combattre l'intoxication par les produits d'histolyse, déjà réduite à peu de chose par la préparation chirurgicale : soumettre la malade au régime végétarien, lui donner un laxatif journalier et d'abondantes boissons.

Continuer l'usage des médicaments dont nous avons parlé plus haut. Faire quelques injections de septicémie si l'hyperthermie s'accroît.

III

Soins après l'application de radium

Les deux ou trois premiers jours : une *injection utéro-vaginale* le matin, purement vaginale l'après-midi et le soir.

Les jour suivants : *trois injections vaginales* ; au besoin, encore un peu de septicémine. En quelques jours, la température devient normale.

La malade peut ordinairement quitter le service au bout d'une quinzaine, mais il lui est formellement recommandé de garder encore le lit, chez elle, pendant un mois.

La cicatrisation est obtenue en trois mois environ. La malade est engagée à revenir voir son soigneur tous les cinq ou six mois, plus tôt si elle baisse de poids. Nous avons dit qu'elle était l'importance pronostique des courbes pondérales établies d'après des pesées au moins mensuelles.

Continuation de la médication interne au moins pendant un an.

Observations

Nous donnerons, pour terminer, onze observations prises dans le service du Docteur P. PETIT-DUTAILLIS : 6 à l'appui du bénéfice immédiat de la méthode qu'il préconise, de la sécurité qu'elle confère ; les 5 autres démontrant, en plus, son efficacité et ses résultats lointains.

Il suffit de regarder, dans ces différents cas, le tableau des températures prises avant, pendant et après l'application de radium pour être convaincu du grand avantage de la préparation chirurgicale et du pansement dont nous avons parlé.

1. — Observations à l'appui du bénéfice immédiat de la méthode

OBSERVATIONS I ET II. — Cas du deuxième degré moyennement infectés, avec température à l'entrée de 38°6 et 38°1. Pendant toute la durée de l'application, pendant huit jours, la température se maintient au-dessous de la température d'entrée.

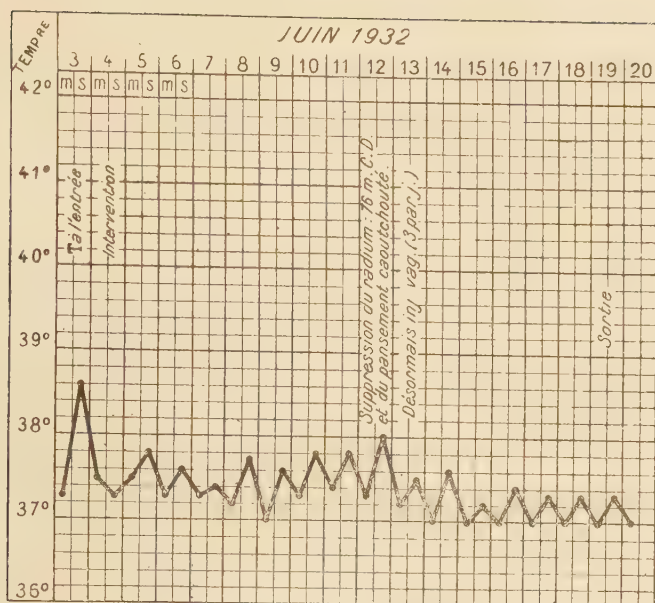


FIG. N° I

Cas du 2° degré avec destruction complète du col. Curie-
thérapie utéro-vaginale après curetage et cautérisation.
Appareillage enrobé de caoutchouc ; pansement au caout-
chouc.

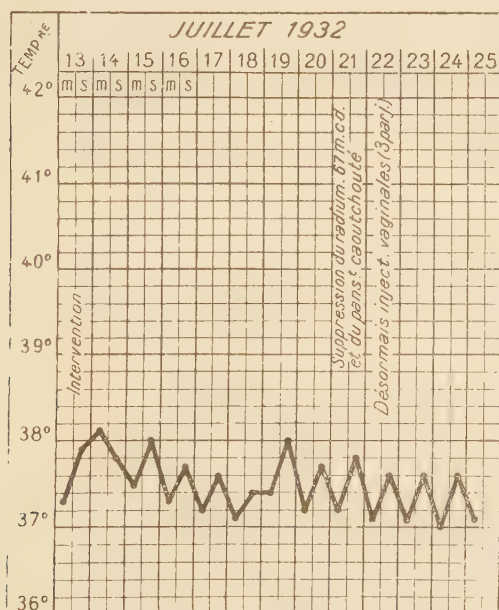


FIG. N° II

Même cas que le N° I,

OBSERVATION III. — Il s'agit d'un cas du troisième degré avec anémie extrême nécessitant une transfusion préalable de 20 cmc. de sang pur. La température à

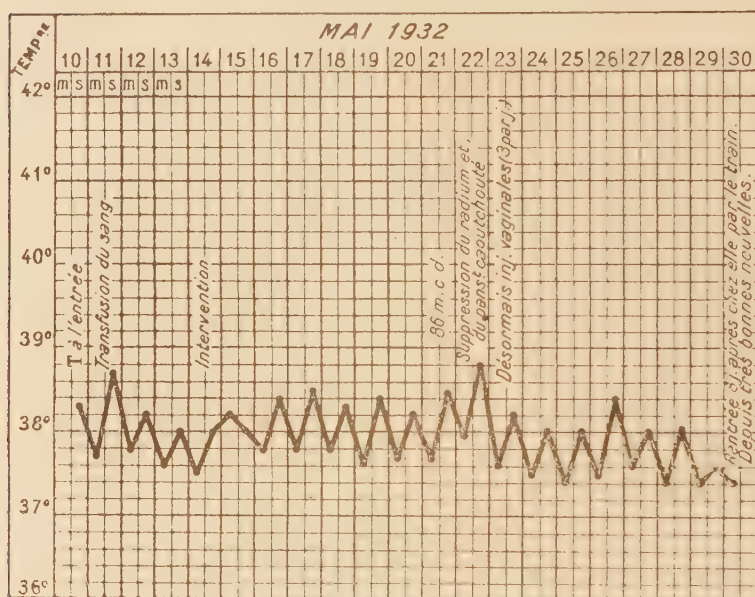


FIG. N° III

l'entrée est de $38^{\circ}3$; elle ne dépasse guère ce chiffre pendant l'application du radium, qui peut être ainsi prolongée huit jours malgré la gravité de l'état de la malade.

OBSERVATION IV. — Cas du troisième degré, très infecté (température de $39^{\circ}3$ à l'entrée). La température, à partir du deuxième jour, s'élève le soir pendant



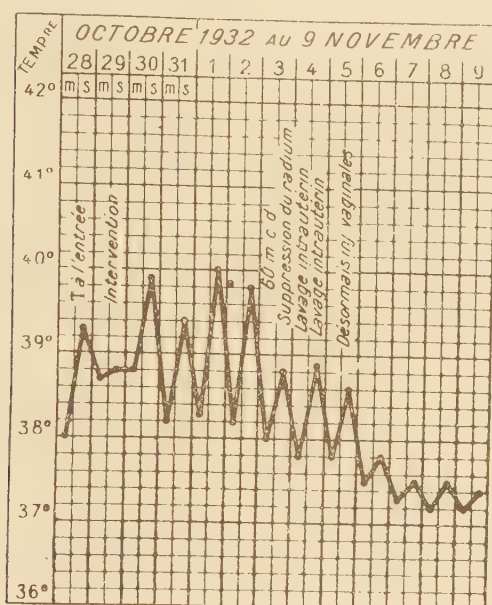
Curithérapie utéro-vaginale et bipariétale

12 tubes de 50 m. c. h.

L'un des deux tubes de radium de droite est un peu trop bas ; les autres sont à bonne hauteur. Des 8 tubes centraux, 6 sont dans la cavité d'évidement de l'utérus et 2 dans c. de sac vag. lat.

18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98, 100. Application de 6 j. au centre et de 6 j. au centre : 81 m. c. d.

quatre jours et atteint $39^{\circ}4$ et 40° , mais tout l'ensemble clinique est par ailleurs si rassurant que radium



Température à l'entrée de $38^{\circ}4$; s'élève les deuxième et cinquième jour de l'application à $38^{\circ}8$, mais, tout étant par ailleurs pour le mieux, on n'enlève radium et pansement que le sixième jour avec indica-

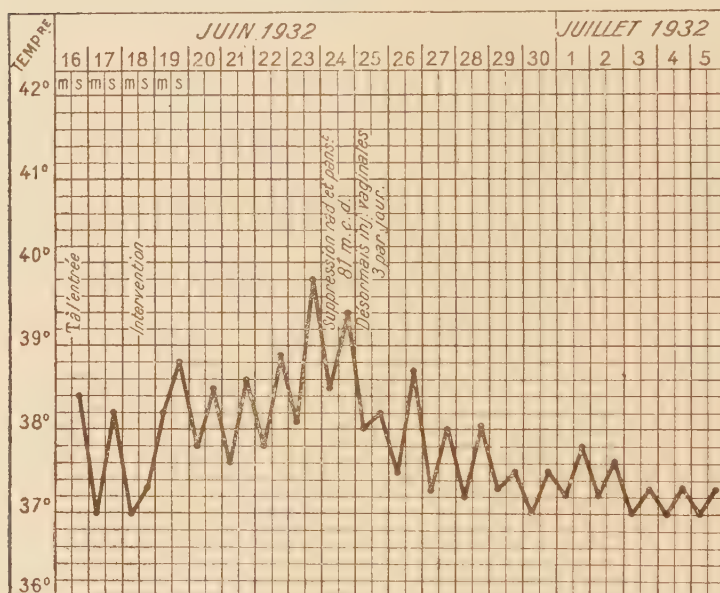


FIG. N° V

Cas du 4° degré avec douleurs pelviennes diffuses et intenses. Curiethérapie utéro-vaginale après curetage et cautérisation. Curie-thérapie pariétale simultanée. Appareils radifères enrobés de caoutchouc. Pansement au caoutchouc.

tion thermique de $39^{\circ}8$, ayant obtenu une dose de 81 c.m.d. La température revient progressivement à la normale en quelques jours et les deux plaies périnéales guérissent par première intention.

OBSERVATION VI. — Cas analogue au précédent, mais plus avancé, si avancé même qu'on a cru devoir se borner à la curiethérapie utéro-vaginale. Dans ce cas, comme dans les précédents, il a suffi, après enlè-

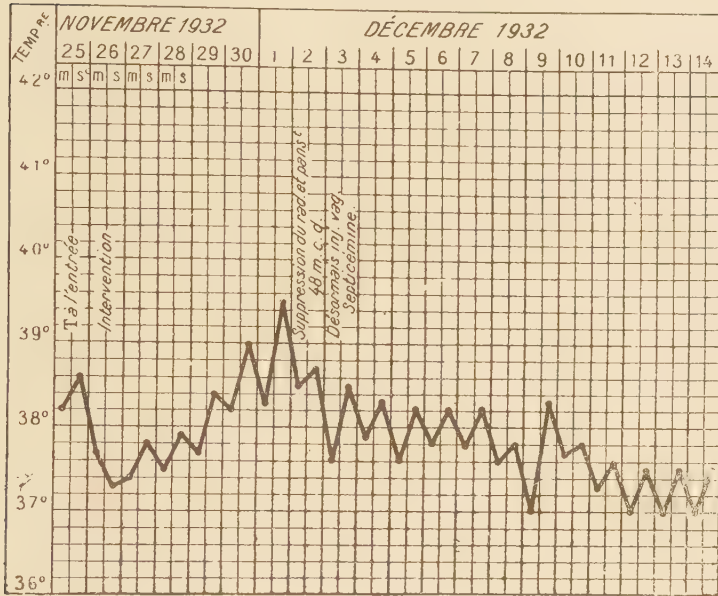


FIG. N° VI

Cas du 4° degré, très avancé avec douleurs pelviennes diffuses. Curiothérapie utéro-vaginale après curettage et cautérisation. Appareil radifère enrobé de caoutchouc. Pansement au caoutchouc.

vement du radium, de quelques jours, avec quelques moyens adjuvants (injections intra-utérines, ou simplement vaginales, septicémine) pour que la température revienne à la normale, c'est-à-dire bien au-dessous de ce qu'elle était avant l'intervention.

2. — Observations à l'appui tout à la fois de la sécurité et de l'efficacité de la méthode

Au moment où les malades ont été perdues de vue, leurs graphiques pondéraux, de signification excellente et soutenue, étaient en accord avec l'état général et local. Il s'agit pourtant de cas très avancés, du troisième ou quatrième degré de Genève, avec immobilisation complète de l'utérus, infiltration totale du col, envahissement étendu du paramètre ou même de la cloison vésico-vaginale. Après curettage et cautérisation ignée, la portion vaginale du col avait disparu, l'isthme, où même le corps de l'utérus, en tout ou partie, étaient réduits à une coque en continuité directe avec le vagin.

OBSERVATION VII. — Mme B..., 49 ans. Destruction complète du col, jusqu'au cul de sac vaginal, par un « épithélioma infiltrant à cellules faiblement différenciées suivant le type épidermoïde. La plupart des cellules sont de type basal, présentant une grande richesse nucléaire et une grande activité kariokynétique. En quelques points, formation de squames imparfaitement cornées, architecture en lames plissées et cordons, assez épais parfois, nécrosés au centre. Stroma conjonctif assez abondant, en réaction inflammatoire à prédominance lymphoïde. » (RUBENS-DUVAL.)

En octobre 1931, après évidemment à la curette et au

feu, huit tubes de 50 micro-c. sont placés dans l'utérus et deux dans les culs de sac latéraux. 96 m.c.d. en huit jours.

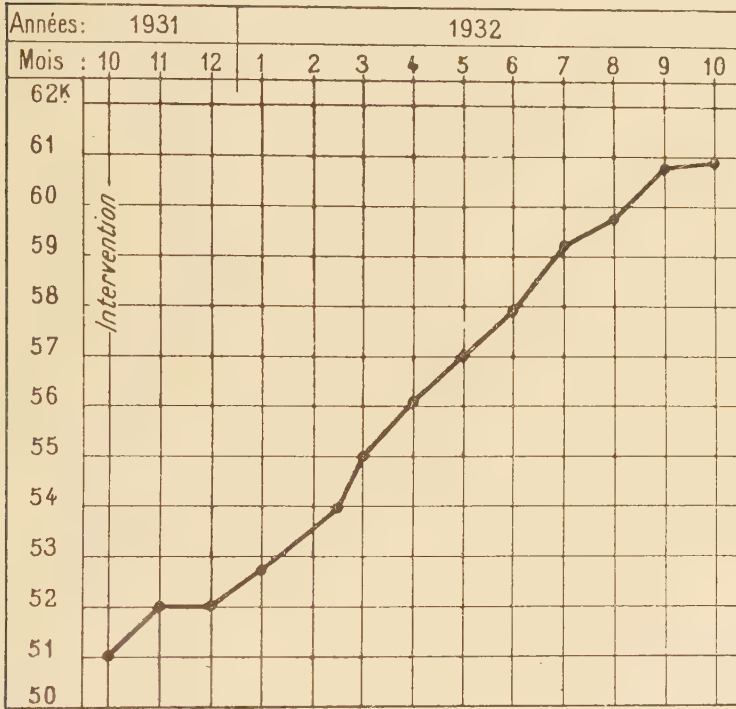


FIG. N° VII

Résultat. — En un an, augmentation à peu près régulière de poids de 10 kilos. Au bout de ce temps, état local et général ne laissant rien à désirer.

OBSERVATION VIII. — Mme S..., 51 ans. Epithélioma du col, destruction complète de l'organe, envahissement périphérique. Le 1^{er} juin 1929, après curet-

tagé et cautérisation ignée, un tube de 50 microc dans le corps utérin, deux de 50 et trois de 15 microc dans le col, un dans chaque cul de sac vaginal latéral.

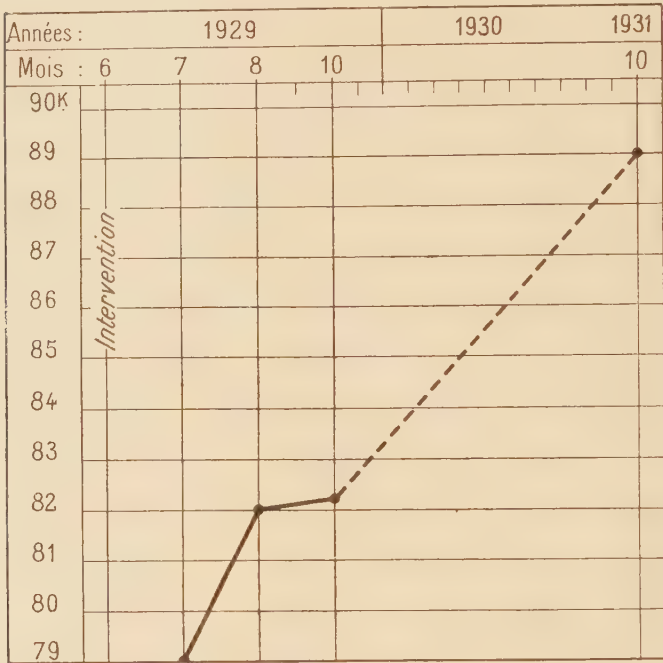


FIG. N° VIII

42 m.c.d. en six jours. Quoique les pesées n'aient pas été régulièrement prises, le graphique est très rassurant : augmentation de poids de 10 kilos au bout de 2 ans et 4 mois. A cette époque, excellent état général.

OBSERVATION IX. — Mme H..., 35 ans. Epithélioma ayant détruit la totalité du col avec envahissement périphérique. « Epithélioma infiltrant à cellules indif-

férenciées, atypiques, à noyaux souvent monstrueux formant des cordons pleins ou, sur plusieurs épaisseurs, la paroi de tubes creux très irréguliers, le tout à stades évolutifs très différents. A côté de cordons et tubes embryonnaires à grande activité Kariokynétique, on voit des cordons de cellules vieilles dont la cytolise est activée par une importante diapédèse de polynucléaires neutrophiles. Stroma conjonctif abondant

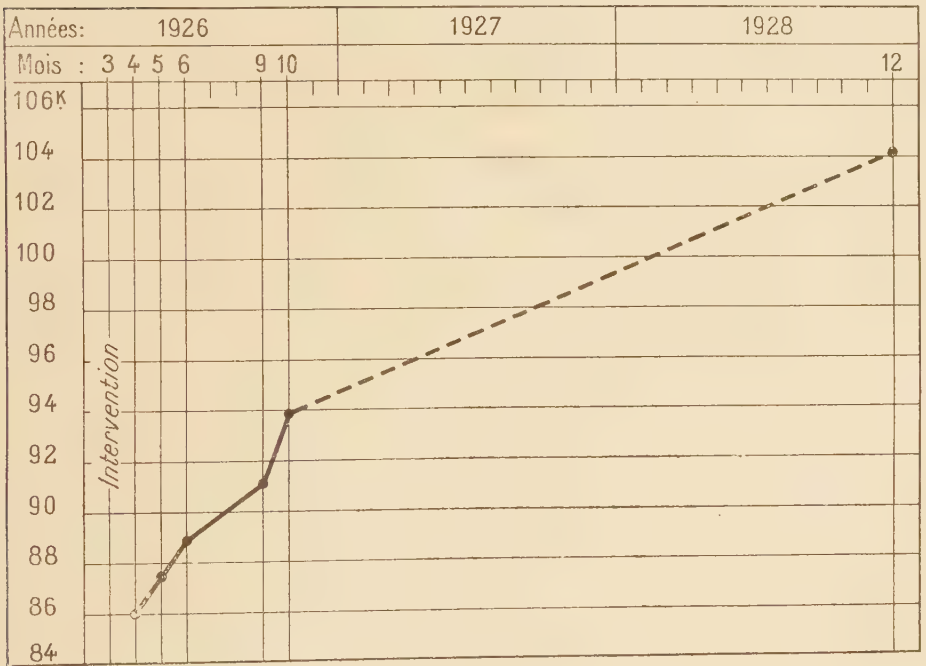


FIG. N° IX

en réaction inflammatoire de type lymphoïde. A l'épithélioma infiltrant s'ajoute des lésions végétantes simplement papillomateuses à épithélium pavimenteux malpighien. » (RUBENS-DUVAL.)

Du 6 au 13 mars 1926, c'est-à-dire en sept jours, après curettage et cautérisation, 80 m.c.d. dans le col et dans les culs de sac latéraux du vagin.

Malade revue en décembre 1928, c'est-à-dire après deux ans et huit mois, en très bon état malgré la gravité de son cas étant donnés son âge, l'envahissement du paramètre, l'activité histologique de son néo, compensée il est vrai par l'activité parallèle du stroma conjonctif, en concordance avec l'état général et local, augmentation de poids de 18 kilos ! (voir graphique n° 9).

OBSERVATION X. — Mme L..., 44 ans. Epithélioma cervical à évolution très avancée.

Examen histologique : « Epithélioma infiltrant à architecture cordonale, type épidermoïde cutané à stratification incomplète, petites cellules polyédriques dominantes, kératinisation d'importance variable suivant les points, par cellules isolées ou réunies en amas, mais sans agencement en perles épidermiques. Quelques monstruosité cellulaires. Kariokynèse multipolaire. Stroma conjonctif très réduit. » (RUBENS-DUVAL.)

Le 27 mai 1922, après curettage, ébarbage au ciseau et cautérisation, il ne reste rien de la portion vaginale du col ; la portion sus-vaginale et la moitié inférieure du corps sont réduites à une coque limitant une large excavation. 38,4 m.c.d. en huit jours, avec tube se radium dans le canal utérin et trois dans l'excavation opératoire. Cicatrisation en deux mois.

Par la suite, augmentation de poids de 12 kg. 400 en trois ans et quatre mois. Perdue de vue en excellent état local et général.



FIG. N° X

A signaler trois examens de sang qui ne sont pas sans intérêt :

1° Veille de la curiethérapie : glob. R., 3.100.000 ; hémoglobine, 80 % ; leucocytes, 6.000 ; polynucléaires, 77 %.

2° Cinq jours après curiethérapie : glob. R., 2 mil-

lions 130.000 (baisse considérable, mais momentanée, attribuable au rayonnement).

3° Six mois après : glob. R., 3.600.000 (500.000 de plus qu'avant la curiethérapie) ; glob. B., 6.000.

OBSERVATION XI. — Mme F., 65 ans.

Femme toute petite, toute menue. Epithélioma avec destruction complète du col. « Epithélioma à cellules présentant une ébauche de différenciation suivant le type épidermoïde des muqueuses. » (RUBENS-DUVAL.)

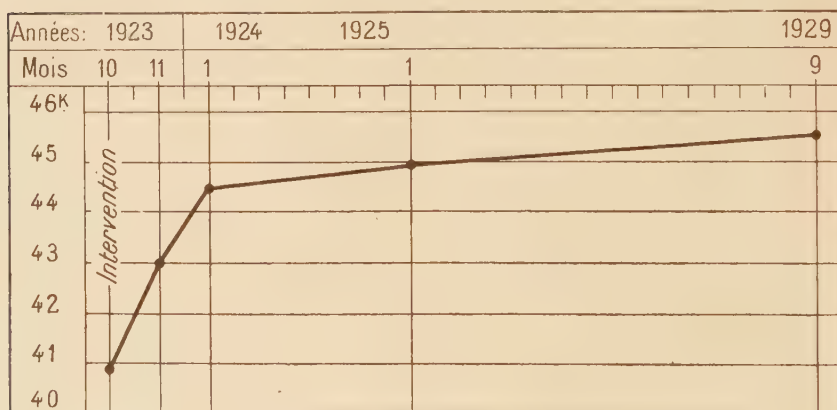


FIG. N° XI

Après curettage et cautérisation, 35 m.c.d. en sept jours (du 29 septembre au 6 octobre 1923), c'est-à-dire curiethérapie avec intensité et énergie totale, qu'on pourrait considérer comme tout juste suffisante en pareil cas. Pourtant, au bout de six ans moins un mois (voir graphique pondéral), cette personne est revenue nous voir (pour la quatrième fois seulement,

car les opérées qui vont bien sont malgré nos prières assez avares de leurs visites), en parfait état local et général avec une augmentation de poids de 4 kg. 600. On ne pouvait guère lui en demander plus; étant donné qu'au moment de l'intervention elle ne pesait que 41 kilos. Dans les trois premiers mois, son graphique avait progressé de 3 kg. 500, ce qui d'emblée nous avait donné bon espoir. Cette malade, la dernière fois que nous l'avons vue, c'est-à-dire six ans après son traitement, faisait encore, à ses 71 ans, le pénible métier de femme de ménage et se déclarait très heureuse de sa santé.

Conclusions

A nos yeux, il n'est pas plus permis, à l'heure actuelle, de se passer de préparation chirurgicale (et celle que nous préconisons semble être la meilleure) avant application de radium pour cancer inopérable du col, que du drainage de Mickulicz ou d'une de ses variantes, après opération de Wertheim, dans les cas opérables, des premier et second degrés de la classification de Genève.

Grâce à l'ardente campagne du Professeur J.-L. FAURE en faveur du Mickulicz, en ces derniers cas, le pronostic de l'hystérectomie élargie a changé du tout au tout dans son service et dans ceux où il a été entendu et compris.

En usant du curettage suivi de cautérisation ignée avant d'attaquer, par le radium, les cas des troisième et quatrième degrés, on réduira à zéro, dans ces cas, la mortalité par curiethérapie, ainsi qu'il en est dans la statistique de notre Maître P. PETIT-DUTAILLIS, statistique uniquement basée sur des malades traitées à l'Hôpital Saint-Michel et dont nous avons pu apprécier le bien-fondé.

Les curiethérapeutes ne seront plus contraints, ainsi que le reconnaissait dernièrement Mme LABORDE, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, de réduire des applications, d'abord utéro-vaginales, ou d'enlever complètement les appareils avant qu'ils aient pu produire leur effet. Ils ne seront plus obligés de

recourir à la chirurgie pour combattre des accidents qu'ils auraient pu prévenir en recourant tout d'abord à ses bons offices sous la double forme que nous avons décrite, au lieu de contrevenir à l'un de ses principes les plus élémentaires, en traumatisant d'une façon ou d'une autre les tissus infectés qu'ils laissent en place, s'exposant bénévolement ainsi à des inoculations septiques ou néoplasiques.

Le pansement caoutchouté dont nous avons indiqué la technique continue heureusement les bons effets de la préparation chirurgicale en question. Les autres soins sur lesquels nous avons insisté agissent dans le même sens ou contribuent puissamment à ménager ou exalter ces forces réactionnelles de l'organisme dont on apprécie de plus en plus l'importance dans la lutte contre le cancer.

La dialectique la plus subtile, la plus tenace, la plus réticente, et, aussi bien, le silence le plus obstiné envers de justes critiques; — mis, l'un ou l'autre, au service d'une mauvaise pratique, telle que celle encore en usage pour l'emploi du radium au cas de cancer inextirpable du col utérin, — ne peuvent rien contre l'évidence des faits qui la condamnent.

La Vérité finit toujours pas s'imposer ; mais, aussi bien en Thérapeutique qu'en Politique, il est toujours regrettable qu'on en retarde l'avènement et l'application.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J -L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CHARLETY.

Bibliographie

- Paul PETIT-DUTAILLIS. — *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 1932.
- Confrontation de diverses méthodes de radiumchirurgie de l'épithéliome du col avec d'autres modes de traitement de ce cancer. *La Gynécologie*, janvier 1933.
- Joseph RÉCAMIER. — *Traitement du cancer utérin inopérable*.
- VAN DAMME. — Etude de l'état d'infection du cancer du col. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, XII, 30 et I-II, 31.
- GOSSET et WALLOU. — Curiethérapie des cancers du col de l'utérus. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris, novembre 1931.
- HARTMANN. — *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, X, 32.
- Simone LABORDE. — *Technique de Curiethérapie*. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs.
- RÉGAUD et MUTTERMILCH. — Influence de l'infection microbienne secondaire sur les résultats de la radiothérapie des cancers, notamment des cancers cervico-utérins. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1922.

J. DE FOURMESTRAUX. — Diathermo-coagulation dans le traitement chirurgical du cancer. *Bruxelles Médical*, IX, 29.

GRANDCLAUDE et WICKAM. — Traitement des états infectieux surajoutés dans le cancer du col de l'utérus. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1929.

SANDERS. — *Ueber Bluttransfusionen in der geburtshilfe und gynäkologie.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
I. — Soins avant l'intervention	19
II. — Intervention. Pansement	22
III. — Soins après l'application de radium.....	33
OBSERVATIONS	34
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



